

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19-0048152

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7516 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : EL HOUCINI HASSAN

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 06 620 460 33 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....





# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODE

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																				
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Creation, Remont, adjonction)																								
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																								



W18-387890

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <b>75A6</b>	
Nom & Prénom <b>EL HOUICINI HASSAN</b>			
Fonction : <b>AGENT</b>	Phones : <b>0662 04 60 33</b>		
Mail : <b>h.elhouicini@royalairmaroc.com</b>			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <b>EL HOUICINI HASSAN</b>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <b>57</b>	Date <b>28/9/2019</b>	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<b>trouble anxieux</b>		<b>28/6/2018</b>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<b>Consultation</b>	<b>300</b>	<b>DH</b>	
<b>PHARMACIE</b>		Date <b>28/09/19</b>	
Montant de la facture			
<b>585.90</b>			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
Date : .....			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>			
Date : .....			
Nombre			
AM	PC	IM	IV
Montant détaillé des Honoraires			

le 28/9/19

استاذ الدكتور عبد الله بن المقتي

Docteur Saad Psychi

Boulevard Ibrahim

Commercial Nadia, in

572 58

Centre

Collège

Place

de la

de la

de la

de la

de la

de la

de la

de la

de la

de la

de la

de la

de la

Dr Sâad IBN MOUFTI

Psychiatre

Psychothérapeute

Addictologue



الدكتور سعد ابن المفتي

طبيب أخصائي

في الأمراض النفسية والعقلية

معالج نفسي

Casablanca, le 28.9.2019

M<sup>me</sup> HASSAN EL HOUCINI

83,70 DH - 585,90

① DEROXAT 20 mg cp

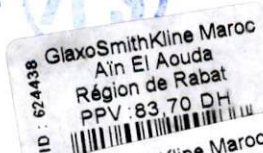
1 cp le soir

traitement de 3 mois

الدكتور سعد ابن المفتي  
طبيب نفسي  
Docteur Saâd IBN MOUFTI  
Psychiatre  
Boulevard Ibrahim Roudani, Centre  
Commercial Nadia, Immeuble 4, 3<sup>e</sup> Etage  
Tél : 05 22 98 21 98

T = 585,90

398112  
01/10/19



83,70

شارع ابراهيم الروداني. المركز التجاري نادية. عمارة 4. الطابق 3 - الدار البيضاء

Boulevard Ibram Roudani, Centre Commercial Nadia, Immeuble 4, 3<sup>e</sup>me Étage - Casablanca

Tél : 05 22 98 21 98 - E-mail : saadmoufti@hotmail.fr